



เอกสารสำแดงการมีผลประโยชน์ทับซ้อน
สำหรับอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และแพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล
ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (ปีการศึกษา ๒๕๖๕)

เรียน ประธานคณะกรรมการหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ข้าพเจ้า..... กอง.....

- รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. รพ.จันทบุรีเบกษา พอ. ศปพ.พอ. กวป.พอ.
 สวบ.ทอ. เป็นผู้เกี่ยวข้องของการประเมินผลในรายวิชา

รายวิชา รหัส.....

รายวิชา รหัส.....

รายวิชา รหัส.....

รายวิชา รหัส.....

รายวิชา รหัส.....

กรณีไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

ขอให้คำรับรองเป็นเอกสารเพื่อยืนยันว่าในการดำเนินการใด ๆ อันเกี่ยวข้องกับการรวบรวม
ข้อสอบ การกลั่นกรองข้อสอบ การบริหารจัดการคลังข้อสอบ การคุมสอบ การประเมินทักษะทางคลินิก
การประเมินพฤติกรรมในการเรียนการสอนและการปฏิบัติงาน การตรวจให้คะแนนผลงานของนิสิต การรวบรวม
และประมวลคะแนน และการตัดสินผลการศึกษาในรายวิชานี้ นั้น

ข้าพเจ้าไม่มีบุตร หลาน ญาติหรือผู้ใกล้ชิดเป็นนิสิตที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชานี้ อันอาจทำให้
การดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินผลการศึกษาในรายวิชานี้ไม่ยุติธรรม

ข้าพเจ้ารับทราบหากมีกรณีดังกล่าวข้างตน

- ข้าพเจ้ายินดีฝึกการปฏิบัติหน้าที่ทันทีเมื่อทราบหรือได้รับการร้องขอ

- ผลการประเมินของนิสิตที่มีความเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าตามกรณีทีระบุไว้ข้างตนอาจถูกพิจารณา

เพิกถอนโดย คณะอนุกรรมการหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
และถือเป็นข้อยุติ

จึงขอเรียนยืนยันและรับรองมา ณ ที่นี้

กรณีมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ขอรายงานการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการปฏิบัติงานด้านการประเมินผลในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา กล่าวคือ นาย/นางสาว เลขประจำตัวนิสิต

ซึ่งเป็นผู้ลงทะเบียนเรียนรายวิชานี้มีความเกี่ยวข้องของบุตร หลาน ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของข้าพเจ้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป จะขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.